

BÖLÜM 20

ÇOCUK VE ERGENLERDE TRAVMA VE UYKU

Süleyman ÇAKIROĞLU¹

Giriş

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama gibi yaşamı tehdit eden bir olay/olaylar sonrasında ortaya çıkan ve birçok psikiyatrik semptom oluşturabilen yaygın bir psikiyatrik rahatsızlıktır (1). TSSB, DSM-5'te dört ana semptom kümesi ile tanımlanmaktadır. Bunlar; yeniden yaşantılama, kaçınma, bilişsel ve duygusal alanda bozulma ile aşırı uyarılma ve tepki göstermedir. Aşırı uyarılma ve tepki gösterme belirti kümesinde uyku bozuklukları, öfke patlamaları, kendine zarar verici davranışlarda bulunma, her an tetikte olma, abartılı irkilme tepkisi gösterme ve odaklanma güçlükleri vardır (2). Geçmişte uyku bozuklukları, travmaya ikincil gelişen semptomlar olarak görülmüş, günümüzde ise TSSB semptomlarına olan sürdürücü etkisi ile ilgili yayınlar arttıkça kanıta dayalı çeşitli müdahalelerle tedavi edilmeye çalışılan çekirdek bir semptom kümesi olarak kabul edilmeye başlanmıştır (3).

Bu bölümün temel amacı, travmalar sonrasında ortaya çıkabilecek uyku sorunlarını ve bozukluklarını tartışmaktır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, çocuk ve ergenleri dâhil eden çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu dikkat çekmektedir. Bu kapsamda yetişkinlerle yapılan çalışmalar da incelenerek, çocuk ve er-

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Altınbaş Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.,
suleyman5586@gmail.com



(Exposure, Rescripting and Relaxation Therapy-ERRT). Daha çok bir grup terapisi çeşidi olan ERRT uyku hijyeni, uyku psikoeğitimi, kâbusları izleme ve yazma, seans içi kâbuslara maruz bırakma, kâbuslardaki travmatik temaları ele alma ve gevşeme gibi teknikleri kullanmaktadır (51). IRT ve ERRT'nin etkinliğine dair bulgular, iki girişimin de kâbus sıklığını azalttığını ve uyku kalitesinde iyileşmeye yol açtığını göstermiştir. 2012 yılında yapılan bir meta-analiz, travma sonrası kâbusları IRT kullanarak hedefleyen davranışsal tedavilerin uyku kalitesini iyileştirmenin yanı sıra kâbus sıklığını ve yoğunluğunu azaltmada etkili olduğunu, bu etkinin 6 ve 12. aylarda da korunduğunu bulmuştur (52). ERRT'nin etkinliğini araştıran randomize kontrollü çalışmalar ise TSSB semptomlarını iyileştirmede, kâbusların sıklığını ve yoğunluğunu azaltmada ve depresif semptomları hafifletmede ERRT'nin etkili olduğunu göstermiştir (53, 54).

Sonuç

Uyku ve TSSB arasındaki karmaşık etkileşim hakkındaki bilgilerimiz son yıllarda artmasına rağmen uykuyu hedef alan kanıta dayalı müdahalelerle ilgili araştırmaların hâlâ yetersiz olduğu gözlenmektedir. Mevcut bilgilerin çoğu, erişkin popülasyon üzerinde yapılan araştırmalarla sınırlıdır.

TSSB ile birlikte sık görülen komorbid hastalıkların depresyon gibi uyku fizyolojisini etkilemesi, TSSB'de gözlenen uyku bozuklukları ciddiyetinin hafife alınmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda, TSSB'li popülasyondaki uyku bozukluklarını taramak için geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarının geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Elde edilen bulgular, TSSB'yi tedavi etmenin uyku ile ilgili sorunlara iyi gelse de tam olarak çözmeye yetmediğini göstermektedir. Bu bağlamda, TSSB tedavisinde uyku ile ilgili şikâyetlerin primer olarak değerlendirilmesi ve sağaltımda bu soruna spesifik tedavi girişimleri uygulanmasının en etkili strateji olacağı düşünülmektedir (43).

Kaynaklar

1. Köroğlu E. (2013) Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) (Beşinci Baskı) Ankara: Hekimler Yayın Birliği
2. Pai A, Suris AM, North CS. Posttraumatic stress disorder in the DSM-5: controversy, change, and conceptual considerations. *Behav Sci (Basel)*, 7 (1), 7.
3. Spoormaker VI, Montgomery P. Disturbed sleep in post-traumatic stress disorder: secondary symptom or core feature? *Sleep Med Rev*, 12 (3), 169–84.
4. Hermann BA, Shiner B, Friedman MJ. Epidemiology and prevention of combat-related post-traumatic stress in oef/oif/ond service members. *Mil Med*, 177 (8 Suppl), 1–6.
5. Maher MJ, Rego SA, Asnis GM. Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs*, 20 (7), 567–90.



6. Charuvastra A, Cloitre M. Safe enough to sleep: sleep disruptions associated with trauma, posttraumatic stress, and anxiety in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18 (4), 877–91.
7. Noll JG, Trickett PK, Susman EJ, et al. Sleep disturbances and childhood sexual abuse. *J Pediatr Psychol*, 31 (5), 469–80.
8. Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P. Comorbidity of ptsd and depression among refugee children during war conflict. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 45 (3), 533–42.
9. Montgomery E, Foldspang A. Traumatic experience and sleep disturbance in refugee children from the middle east. *Eur J Public Health*, 11 (1), 18–22.
10. Llabre MM, Hadi F. War-related exposure and psychological distress as predictors of health and sleep: a longitudinal study of Kuwaiti children. *Psychosom Med*, 71 (7), 776–83.
11. Lind MJ, Baylor A, Overstreet CM, et al. Relationships between potentially traumatic events, sleep disturbances, and symptoms of ptsd and alcohol use disorder in a young adult sample. *Sleep Med*, 34, 141–7.
12. Kovachy B, O'Hara R, Hawkins N, et al. Sleep disturbance in pediatric ptsd: current findings and future directions. *J Clin Sleep Med*, 9 (5), 501–10.
13. Kobayashi I, Boarts JM, Delahanty DL. Polysomnographically measured sleep abnormalities in ptsd: a meta-analytic review. *Psychophysiology*, 44 (4), 660–9.
14. Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A. Kronobiyoloji ve duyudurum bozuklukları. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*, 3 (3), 368–86.
15. Jones E. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*, 361 (1468), 533–42.
16. Mellman TA. Sleep and anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 29 (4), 1047–58.
17. Mellman TA, Kulick-Bell R, Ashlock LE, et al. Sleep events among veterans with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 152 (1), 110–5.
18. Hefez A, Metz L, Lavie P. Long-term effects of extreme situational stress on sleep and dreaming. *Am J Psychiatry*, 144 (3), 344–7.
19. Ross RJ, Ball WA, Dinges DF, et al. Rapid eye movement sleep disturbance in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*, 35 (3), 195–202.
20. Akçay BD, Özgen F, Erdem M, et al. Travma sonrası stres bozukluğunda uyku. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*, 5 (4), 441–60.
21. El-Solh AA, Riaz U, Roberts J. Sleep disorders in patients with posttraumatic stress disorder. *Chest*, 154 (2), 427–39.
22. Galovski TE, Monson C, Bruce SE, et al. Does cognitive-behavioral therapy for ptsd improve perceived health and sleep impairment? *J Trauma Stress*, 22 (3), 197–204.
23. Zayfert C, De Viva JC. Residual insomnia following cognitive behavioral therapy for ptsd. *J Trauma Stress*, 17 (1), 69–73.
24. Babson KA, Feldner MT. Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and ptsd: a critical review of the empirical literature. *J Anxiety Disord*, 24 (1), 1–15.
25. Nappi CM, Drummond SPA, Hall JMH. Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: a review of current evidence. *Neuropharmacology*, 62 (2), 576–85.
26. Krakow B, Johnston L, Melendrez D, et al. An open-label trial of evidence-based cognitive behavior therapy for nightmares and insomnia in crime victims with ptsd. *Am J Psychiatry*, 158 (12), 2043–7.
27. Clum GA, Nishith P, Resick PA. Trauma-related sleep disturbance and self-reported physical health symptoms in treatment-seeking female rape victims. *J Nerv Ment Dis*, 189 (9), 618–22.
28. Gilbert KS, Kark SM, Gehrman P, et al. Sleep disturbances, tbi and ptsd: implications for treatment and recovery. *Clin Psychol Rev*, 40, 195–212.
29. Talbot LS, Maguen S, Metzler TJ, et al. Cognitive behavioral therapy for insomnia in posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Sleep*, 37 (2), 327–41.
30. Gellis LA, Gehrman PR. Cognitive behavioral treatment for insomnia in veterans with long-standing posttraumatic stress disorder: a pilot study. *J Aggress Maltreatment Trauma*, 20 (8), 904–16.
31. Pelayo R, Huseni S. Pharmacotherapy of insomnia in children. *Curr Sleep Med Reports*, 2 (1), 38–43.
32. Mendelson WB. A review of the evidence for the efficacy and safety of trazodone in insomnia. *J Clin Psychiatry*, 66 (4), 469–76.



33. Warner MD, Dorn MR, Peabody CA. Survey on the usefulness of trazodone in patients with ptsd with insomnia or nightmares. *Pharmacopsychiatry*, 34 (4), 128–31.
34. Shin JJ, Saadabadi A. Trazodone. *Essence Analg Analg*, , 351–3.
35. Stein MB, Kline NA, Matloff JL. Adjunctive olanzapine for ssri-resistant combat-related ptsd: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 159 (10), 1777–9.
36. David D, De Faria L, Mellman TA. Adjunctive risperidone treatment and sleep symptoms in combat veterans with chronic ptsd. *Depress Anxiety*, 23 (8), 489–91.
37. Rothbaum BO, Killeen TK, Davidson JRT, et al. Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin reuptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 69 (4), 520–5.
38. Villarreal G, Hammer MB, Cañive JM, et al. Efficacy of quetiapine monotherapy in posttraumatic stress disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 173 (12), 1205–12.
39. Rothbaum BO, Price M, Jovanovic T, et al. A randomized, double-blind evaluation of d-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in iraq and afghanistan war veterans. *Am J Psychiatry*, 171 (6), 640–8.
40. Pollack MH, Hoge EA, Worthington JJ, et al. Eszopiclone for the treatment of posttraumatic stress disorder and associated insomnia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 72 (7), 892–7.
41. Flores Á, Valls-Comamala V, Costa G, et al. The hypocretin/orexin system mediates the extinction of fear memories. *Neuropsychopharmacology*, 39 (12), 2732–41.
42. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, et al. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an american academy of sleep medicine clinical practice guideline. *J Clin Sleep Med*, 13 (2), 307–49.
43. Colvonen PJ, Straus LD, Stepnowsky C, et al. Recent advancements in treating sleep disorders in co-occurring ptsd. *Curr Psychiatry Rep*, 20 (7), 48.
44. Krystal JH, Davis LL, Neylan TC, et al. It is time to address the crisis in the pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: a consensus statement of the ptsd psychopharmacology working group. *Biol Psychiatry*, 82 (7), e51–9.
45. Titus CE, Speed KJ, Cartwright PM, et al. What role do nightmares play in suicide? a brief exploration. *Curr Opin Psychol*, 22 , 59–62.
46. Akinsanya A, Marwaha R, Tampi RR. Prazosin in children and adolescents with posttraumatic stress disorder who have nightmares: a systematic review. *J Clin Psychopharmacol*, 37 (1), 84–8.
47. Augedal AW, Hansen KS, Kronhaug CR, et al. Randomized controlled trials of psychological and pharmacological treatments for nightmares: a meta-analysis. *Sleep Med Rev*, 17 (2), 143–52.
48. Khachatryan D, Groll D, Booij L, et al. Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry*, 39 , 46–52.
49. Detweiler M, Pagadala B, Candelario J, et al. Treatment of post-traumatic stress disorder nightmares at a veterans affairs medical center. *J Clin Med*, 5 (12), 117.
50. Aurora RN, Zak RS, Auerbach SH, et al. Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *J Clin Sleep Med*, 6 (4), 389–401.
51. Davis JL. (2008) Treating Post-Trauma Nightmares: A Cognitive Behavioral Approach. (1. Basıkı) Springer Publishing Company
52. Casement MD, Swanson LM. A meta-analysis of imagery rehearsal for post-trauma nightmares: effects on nightmare frequency, sleep quality, and posttraumatic stress. *Clin Psychol Rev*, 32 (6), 566–74.
53. Rhudy JL, Davis JL, Williams AE, et al. Cognitive-behavioral treatment for chronic nightmares in trauma-exposed persons: assessing physiological reactions to nightmare-related fear. *J Clin Psychol*, 66 (4), 365–82.
54. Davis JL, Wright DC. Randomized clinical trial for treatment of chronic nightmares in trauma-exposed adults. *J Trauma Stress*, 20 (2), 123–33.